Rok IV. Lwów w Sierpniu 1890. Nr. 7.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 50 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 cnt. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

Przed Sejmem.

(Sprawy sanitarne krajowe).

I.

Wkrótce pod obrady tegorocznego sejmu krajowego przyjdą niektóre sprawy sanitarne, dotyczące zdrowotności kraju naszego, a więc dotyczące także i nas lekarzy. Za najważniejszą i najnaglejszą z tych spraw uważać musimy sprawę organizacyi służby zdrowia po gminach, traktowaną już w sejmie przed laty szesnastu, a dotąd niestety niezalatwioną. Czas byłby już najwyższy, ażeby sprawa ta nareszcie doczekała się stanowczego i przychylnego załatwienia.

Kto cokolwiek tylko czuje się obywatelem kraju naszego, ten zna zapewne roczne sprawozdania c. k. krajowej rady zdrowia, których daty przemawiają najwymowniej za tem, że organizacyja służby zdrowia w gminach jest nietylko pożądaną, konieczną i niezbędną. ale że sprawa ta stała się już piekącą kwestyją chwili. A dat możnaby zacytować jeszcze więcej, w przytaczanych bowiem zwykle przez radę zdrowia, nader smutne i opłakane stosunki zdrowotne naszego kraju, — raczej za mało jaskrawo bywają przedstawiane; w rzeczywistości bowiem są one jeszcze smutniejsze.

Najlepiej i najcharakterystyczniej przedstawia i maluje te stosunki wzmagająca się w kraju naszym z roku na rok śmiertelność zwykła, która w ostatnich trzech latach n. p. stale się wzmaga i wynosi w r. 1886 — 17%, w r. 1887 — 18%, a w r. 1889 — 19%;

jakoteż śmiertelność z powodu chorób zakaźnych, tudzież szerzenie się chorób zakaźnych, jakoteż kiły i jaglicy. Stanowi temu nie zaradzi i zaradzić nie może pomnożona w ostatnich czasach liczba lekarzy prywatnych i wolno-praktykujących w kraju, ci bowiem mogą i muszą trudnić się leczeniem chorych, którzy się o to zgłoszą, a ważniejszą daleko rzeczą od leczenia w stosunkach zdrowotnych kraju, jest zapobieganie chorobom — zwłaszcza zaraźliwym — i usuwanie ich przyczyn, czyli higijena i policyja sanitarna; tych zaś lekarze wolno praktykujący wykonywać nie mogą, do tego potrzeba bowiem lekarzy jako urzędników zdrowia, i takich przysporzy tylko przeprowadzenie organizacyi zdrowia po gminach.

Pomnożenie zresztą liczby lekarzy wolno-praktykujących samo, znaczne w ostatnich czasach, jak już nadmieniono powyżej, nie wystarczy do zmniejszenia nawet zwykłej śmiertelności w kraju, jak tego dowodzi okoliczność powyżej przytoczona, że pomimo notorycznego zwiększenia się liczby lekarzy, śmiertelność lat ostatnich stale się wzmaga, czego przyczyna leży jeszcze i w tem, że krocie naszej ludności, szczególnie wiejskiej, żyją pogrążone w głębokiej ciemnocie i ubóstwie, — że rodzą się, żyją i umierają bez lekarza, — że jedynymi ich lekarzami są guślarze, wróże i wróżki, znachory i znachorki, i innego rodzaju oszuści, a jedyną apteką... karczma, — wskutek czego lekarze zmuszeni są gromadzić się w większych miastach kraju, gdzie nagromadzona jest większa ilość ludzi oświeceńszych i zamożniejszych, — i ztąd pochodzi przeludnienie lekarskie w stolicach i miastach większych kraju naszego, a brak lekarzy na prowincyi. Przeprowadzenie organizacyi sanitarnej w gminach musi stan ten przekształcić na lepsze, lekarze bowiem zmuszeni mieszkać we wskazanych i przydzielonych im okręgach gminnych na prowincyi i obowiązani do troskliwego nadzorowania i wykonywania zarządzeń higijenicznych i sanitarno-policyjnych, muszą wpłynąć na korzystniejsze ukształtowanie się stosunków zdrowotnych, wprowadzą w życie higijenę i policyję sanitarną, a nadto obowiązani będą leczyć tych, którzy dziś bądź dla braku środków, bądź dla braku lekarzy się nie leczą, bo leczyć się nie mogą. Nadto jeszcze lekarze ci w własnym interesie działać muszą w tym kierunku, ażeby z działalności ich ludność nabrała przekonania, że jeżeli w chorobie może kto dopomódz, to nie guślarz, wróż, zażegnywacz l. t. p., ale tylko i jedynie uwalifikowani lekarze, — i w ten sposób podniosą poziom oświaty ludowej i będą niejako pionami cywilizacyi, postępu i oświaty, za któremi idzie także i podniesienie dobrobytu.

Na dobrobyt ludności wpłynie organizacyja służby zdrowia w gminach stanowczo jeszcze i w inny sposób dodatnio, zmniejszy się bo-

wiem chorobliwość i śmiertelność, a więc wzmoże się liczba ludzi żyjących i zdrowych, a każde indywiduum żyjące i zdrowe, a więc zdolne do pracy, przedstawia dla społeczeństwa bardzo znaczny kapitał, na to godzą się wszyscy ekonomiści i wszystkie narody cywilizowane, a uznając to, łożą rok rocznie miliony na poprawienie stosunków zdrowotnych.

Organizacyja sanitarna w gminach wpłynie na zmniejszenie liczby dni przechorowanych przez ludność, i to bardzo znacznie, przezco wzmoże się ilość dni roboczych, co przedstawia także bardzo znaczny kapitał w pracy, zmniejszą się dalej przez to i koszta leczenia tak w domach prywatnych jak i w spitalach, — bo będzie mniej chorych, zwłaszcza na choroby zakaźne, — co także przedstawia uzyskany znaczny kapitał.

Organizacyja sanitarna po gminach zapobieży szerzeniu się chorób, które przysparzają krajowi kalek i żebrakow, do pracy niezdolnych, zmniejszą się więc i ciężary znaczne, ponoszone na utrzymanie tych indywiduów zupełnie nieproduktywnych, co także kapitał krajowy pomnoży.

Zaprowadzenie więc organizacyi sanitarnej po gminach przyniesie krajowi niezawodnie bardzo znaczne korzyści materyjalne, tak, że zysk przewyższy wielokrotnie wydatki na przeprowadzenie organizacyi służby zdrowia po gminach mające być poniesionemi. Wydatki na przeprowadzenie organizacyi sanitarnej po gminach będą zatem bardzo produktywne, wyniosą one może około 200 do 250 tysięcy, a przysporzą krajowi korzyści na miliony.

Jak wielkiej zresztą wagi jest sprawa organizacyi sanitarnej gminnej w kraju naszym, dowodzi tego zdanie wyrobione w tej mierze w kołach z czynnikami zdrowia bliżej obeznanych, a mianowicie uchwały zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, uznające organizacyję służby zdrowia po gminach za niezbędną, ze wszech miar pilną i jedyną, która potrzebom higijeny odpowie, tudzież uchwała wiecu towarzystw lekarskich austryjackich, która orzeka, że dla ochrony zdrowia publicznego, jest rzeczą nader pożądaną i pilną, aby ustawa o organizacyi zdrowotnej została przez utworzenie lekarzy gminnych jak najrychlej uzupełnioną.

Uznając wielką ważność i doniosłość tej sprawy, petycyjonowały towarzystwa lekarskie galicyjskie już wielokrotnie w tejże sprawie i do ciał prawodawczych i do władz administracyjnych, na dowód czego posłużyć mogą petycyje towarzystw lekarskich galicyjskich, wniesione do sejmu dnia 29. grudnia 1873 r., i dnia 10. kwietnia 1875 r, tudzież przedstawienia z dnia 31. stycznia i 11. grudnia 1875 r., wystosowane do c. k. namiestnictwa, jakoteż petycyje wnie-

sione do sejmu w r. 1889. Sejm sam wreszcie, mimo że przeszedł przed 16-tu laty nad przedłożeniem rządowem o organizacyi służby zdrowia w gminach — do porządku dziennego, uznał w zasadzie potrzebę takiej organizacyi.

Zdawałoby się więc, skoro rząd i reprezentacyja kraju i czynniki obeznane bliżej ze sprawą zgodne są w zasadzie, że przeprowadzenie organizacyi sanitarnej w gminach jest niezbędne, celem umożliwienia wykonywania należytego sanitarno policyjnych i higijenicznych obowiązków nałożonych gminom ustawami obowiązującemi, że uchwalenie ustawy o urządzeniu służby zdrowotnej w gminach i obszarach dworskich naszego kraju, nie napotka na żadne trudności, że sprawa ciągnąca się już lat kilkanaście, (około 17 lat dotąd), sprawa wielce ważna i konieczna, zostanie nareszcie stanowczo a korzystnie załatwioną.

W tej nadziei prawdopodobnie przedłożył rząd w roku zeszłym wypracowany przez protomedyka projekt ustawy sejmowi, w którym w większej części dawniej przez sejm powzięte uchwały zostały uwzględnione.

Projekt ten ustawy został w całości umieszczony w „Przewodniku higijenicznym“, w Krakowie wychodzącym, w Nrze 7. z dnia 21. października 1889 r., wraz z ciepłemi uwagami prof. Dra Jordana.

Projekt ten został przedłożony, przeczytany w pierwszym czytaniu, wybrana została komisyja sanitarna, do której projekt został odesłany — i nie wrócił więcej pod obrady sejmu. W ten sposób sprawa sanitarna spełzła znowu na niczem.

Rząd spełnił co do niego należało, a sejm przez usta członków większości komisyi sanitarnej wszystko odraczał i odrzucał, nibyto pod hasłem autonomii i oszczędności, pod któremi właściwie kryje się najczęściej egoizm i niewiara w postęp i wiedzę.

Odroczenie tej sprawy jest i smutne i zgubne zarazem. We wszystkich prawie krajach koronnych Austryi, podobne, a po części uciążliwsze jeszcze ustawy sanitarne zostały przyjęte i w życie wprowadzone na koszt gmin, powiatów i krajów. Jedynie nasz kraj, o najwyższej śmiertelności, (w roku 1888 zmarło w Galicyi 211.321 osób, a z tych 84.812 osób wskutek chorób zakaźnych), dziesiątkowany prawie corocznie przez różnorodne epidemije, odroczył, a więc odrzucił mającą złemu zaradzić organizacyję sanitarną, w przeciągu 15 lat po raz drugi, żądając, aby u nas wyjątkowo państwo przyczyniło się i to w znacznej części do ponoszenia kosztów tej organizacyi. Powodem tego wyjątkowego postępowania rządu na naszą korzyść, ma być nasze wyjątkowe ubóstwo i nędza, wywlekane przy każdej sposobności jakby z lubością i przedstawiane w najczarniejszych barwach przez naszych

reprezentantów. A jeżeli w radzie państwa w Wiedniu zarzucają naszemu krajowi bierność i nieproduktywność, czytamy wtedy wykazy i zestawienia, że kraj nie jest biernym, lecz czynnym, że więc płaci i płacić może. A przecież biedniejsze kraje Przedlitawii przyjęły bez oporu i szemrania na siebie koszta organizacyi sanitarnej, bez żądania pomocy ze strony państwa. U nas jednakże stało się inaczej.

Już skład komisyi zeszłorocznego sejmu, (Abrahamowicz, Czyżewicz, Hausner, Harasymowicz, Horodyski Bronisław. Jędrzejowicz Stanisław, ówczesny Rektor uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dr. Korczyński, Kozłowski Zygmunt, Kramarczyk, Lenartowicz, Dr. Olpiński i Trzecieski), był jakby wyraźnie na to obmyślany, aby rzecz do upadku przyprowadzić; wybrano bowiem do komisyi obok trzech lekarzy i innych dwóch członków dla przedłożenia dobrze usposobionych, siedmiu panów, uważających wydatki na cele zdrowia publicznego za grosz zmarnowany i wyrzucony, a szukających źródła ospy, szkarlatyny, dyfteryi, tyfusu i t. p. w ubóstwie i przeciążeniu ludności podatkami.

Zarzut czyniony, w części uzasadniony, że projekt ustawy sanitarnej jest za mało autonomicznym, dał się usunąć przez odpowiednie zmiany projektu, co też mniejszość komisyi uskuteczniła Przewodniczący komisyi, rektor prof. Dr. Korczyński, obarczony iście cierniowym referatem sprawy — wobec nieprzychylnej i niewyrozumiałej większości - szukał ratunku w kompromisach, a nareszcie chcąc uniknąć zwykłego pogrzebania sprawy przez proste przejście nad nią do porządku dziennego, wpadł na dosyć nieszczęśliwy pomysł zaproponowania wstawienia do budżetu krajowego kwoty 30.000 złr., za pomocą której miano zaprowadzić bez ustawy, a więc bez przymusu, niejako próbkę organizacyi sanitarnej, a mianowicie lekarzy gminnych w kilku najbardziej epidemijami dotkniętych powiatach. Lecz i to skromne żądanie referenta nie ziściło się — na szczęście. Gdyby bowiem owo skromne żądanie mogło było uzyskać większość głosów w sejmie, byłby nastąpił prawdziwy tryjumf przeciwników organizacyi sanitarnej; próbka bowiem taka musiałaby w wykazanych niekorzystnych warunkach zrobić f i a s c o, i zaszczepiłaby tylko na długo głęboką nieufność do wszelkich, nawet lepiej obmyślanych, zarządzeń sanitarnych.

Skromna propozycyja referenta upadła zatem słusznie w komisyi, ale też i cała sprawa organizacyi sanitarnej zagrzęzła i do pełnego sejmu nawet wniesioną nie została.

Tak traktowano sprawę organizacyi sanitarnej w roku zeszłym, zamiast uważnego poznania argumentów jej potrzeby i sumiennego orzeczenia, czy można dalej, jak dotąd, obojętnie przypatrywać się

dotychczasowemu marnowaniu zdrowia i życia ludzkiego i anormalnym stosunkom zdrowotnym, w naszym kraju panującym.

W ten sposób pogrzebana sprawa kazałaby prawdopodobnie znowu czekać na podniesienie jej w sejmie długi szereg lat, albowiem czytając dosyć pilnie sprawozdania panów posłów sejmowych, składane wyborcom swoim, nie spotkaliśmy się nigdzie z podniesieniem sprawy organizacyi wobec wyborców; mielibyśmy więc znowu przed sobą ponurą perspektywę, że tak jak dotąd, choroby zakaźne pochłaniać będą około 80 tysięcy ofiar rocznie, gdyby nie inicyjatywa rządu; o ile nam bowiem wiadomo, rząd nie zrażony zeszłorocznem niepowodzeniem, a przekonany głęboko o nieodzownej i pilnej potrzebie organizacyi sanitarnej, polecił wypracowanie na nowo projektu do ustawy o organizacyi sanitarnej w gminach, a protomedyk nasz, czuwający gorliwie nad sprawami sanitarnemi kraju i dążący do poprawy ich, wyrobił nowy projekt, w którym dawniejsze i zeszłoroczne głosy posłów przedłożeniu przychylnych, zostały uwzględnione i projekt obecny wyróżnia więcej autonomiję gmin. Projekt ten przeszedł już obrady krajowej rady zdrowia i został przez nią aprobowany.

Projekt obecny różni się od zeszłorocznego, jest elastyczniejszy, krótszy, (zeszłoroczny obejmował 26, obecny zaś tylko 18 paragrafów) dozwala władzom autonomicznym wywierać szeroki i znaczny wpływ na urządzenie i działalność służby zdrowia po gminach, a wymaga tylko, aby władze autonomiczne działały w porozumieniu z władzami politycznemi powiatowemi i po zasięgnięciu odnośnych rad gminnych i obszarów dworskich, oznaczały wielkość okręgów sanitarnych, siedzibę lekarzy, wysokość płac i dyjet i t. d. Nowy projekt poddając służbę zdrowia w pierwszej linii pod władzę urzędów autonomicznych, uchyla proponowane w zeszłorocznym projekcie tworzenia zgromadzeń delegatów z bardzo obszernemi atrybucyjami, które miały nadzorować służbę zdrowia w okręgach, a nawet wdrażać dyscyplinarki przeciw lekarzom. Nowy projekt uwzględnia i to życzenie posłów, i tem się także różni od zeszłorocznego, że dozwala ustanowić taką liczbę okręgów, aby nie na 10 tysięcy, jak w zeszłorocznym projekcie, lecz aby na każde 15 tysięcy ludności przypadał najmniej jeden lekarz, czemu bylibyśmy przeciwni, bo okręgi w ten sposób podzielone wypadną za wielkie a niekiedy zanadto rozległe, tak, że lekarz fizycznie będzie zanadto przeciążony. Dalsze postanowienia nowego projektu o urządzeniu przytulisk, o organizacyi służby ratunkowej w razach epidemij, o zapewnieniu dostatecznej pomocy położniczej rodzącym, nie różnią się zasadniczo od postanowień zeszłorocznego projektu.

Podobnym jest jednak nowy projekt do zeszłorocznego i dawniejszego w tem, że nie uwzględnia wcale dalszego żądania sejmu, co do ponoszenia przez skarb państwa pewnej części kosztów organizacyi i utrzymywania służby zdrowia po gminach, rząd nakłada bowiem i w nowym projekcie na kraj obowiązek pokrycia wszystkich wydatków z ustawy wynikających. Lecz i w tej sprawie różni się przecież nowy projekt od zeszłorocznego dosyć zasadniczo, wprowadza bowiem zmianę w rozdziale ciężarów między gminy, powiaty i fundusz krajowy. Dawniejszy projekt rozdzielał wydatki na pokrycie płac i dyjet lekarzy na gminy i obszary dworskie, wcielone do jednego okręgu administracyjnego i na fundusz krajowy w ten sposób, że gminy i obszary dworskie miały płacić do wysokości 2 prc. do bezpośrednich podatków a niedobór miał dopłacać fundusz krajowy; podług nowego projektu zaś może udzielić sejm, na wniosek wydziału krajowego, zapomogę z funduszu krajowego na utrzymanie służby zdrowia okręgom zbyt wydatkami przeciążonym.

Na tym punkcie, dotyczącym pokrycia kosztów połączonych z organizacyją sanitarną w gminach, sejm uparcie stoi i oponuje przeciw załatwieniu sprawy, i obawiamy się, aby i nadal na tym punkcie się nie opierano i ustawy nie odroczono. Kraj nasz jest stosunkowo dosyć bogaty, ale przemysłowo nie rozwinięty, nie wyzyskany należycie, nękany klęskami elementarnemi, pożarami, chorobami etc., więc jest biedny w istocie; rozumielibyśmy więc nawet opozycyję przeciw ustawie z tego powodu podjętą, gdyby były widoki, że rząd z zajętego stanowiska ustąpi i przyjmie choćby tylko pewną część wydatków na skarb państwa. Widoków takich jednakże nie ma, rząd bowiem znajduje się w tej sprawie w położeniu kłopotliwem; skoro bowiem w innych krajach koronnych organizacyja sanitarna przeprowadzona została na koszt gmin, powiatów i funduszu krajowego, to i dla Galicyi rząd nie zrobi wyjątku, — musiałby bowiem na żądanie sejmów innych krajów koronnych, w których już organizacyja na koszt krajów jest zaprowadzoną, dopłacać pewną część i w innych krajach.

A więc nie powinniśmy się łudzić i nie powinno być pod tym względem opozycyi, albowiem pod tym hasłem prowadzona opozycyja nie doprowadzi do celu, chyba tylko może służyć za pokrywkę innych motywów, wspomnianych już powyżej.

Skoro więc na pomoc rządu liczyć trudno, to i tak, po zastanowieniu się sumiennem, po uwzględnieniu rzeczywiście opłakanych stosunków zdrowotnych naszego kraju, wymagających niezbędnej a rychłej poprawy i pomocy, uchwalenie i przeprowadzenie ustawy o urzą-

dzeniu służby zdrowia po gminach, będzie jeszcze dla kraju bardzo korzystnem.

Zdanie nasze w tej mierze, jak i wszystkich rzeczywiście dobro kraju mających na celu, nie może i nie powinno być innem, i żywimy przekonanie, że sejm ustawę, może nawet z pewnemi modyfikacyjami, (do których zaliczylibyśmy n. p. przyznanie lekarzom pewnej egzekutywy celem rychlejszego i skuteczniejszego zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych i t. p.), uchwali, że kraj koszta urządzenia i utrzymania poniesie, aby ustrzedz się większych szkód i strat w zdrowiu i życiu mieszkanców; — jeżeliby bowiem sejm i w bieżącej sesyi tej wielce doniosłej i ważnej sprawy załatwić przychylnie nie zechciał, to zachodzi uzasadniona obawa, że rząd rokrocznie niepowodzeniem sprawy zniechęcony, nie prędko ją na nowo podniesie i że kraj znowu przez szereg lat, przy trwaniu dalszem obecnych stosunków zdrowotnych, olbrzymie a niepowetowane straty w zdrowiu i życiu ludzi a także i w mieniu nadal ponosić musi, i jeżeli sejm istotnie pieczołowitym jest i dbałym o dobro kraju, to załatwi raz już stanowczo i przychylnie tę sprawę piekącą, na której załatwienie kraj cały tak długo i z upragnieniem oczekuje.

Dr. J. K. Wiktor.

SPRAWOZDANIE
fizykatu miasta Lwowa
za miesiąc lipiec 1890 r.

Stan powietrza.

W miesiącu lipcu 1890 był średni stan barometru 731·07 mm., najwyższy 738·14 mm. d. 28. o godz. 7 rano, najniższy 725·42 mm. dnia 1. o godz. 9 wieczór, sprowadzony zaś do poziomu morza był średni stan 760. 27 mm., najwyższy 767·34 mm., najniższy 754·62 mm.

Średnia temperatura powietrza była + 20·04° C., najwyższą ciepłotę 34·5° C, mieliśmy dnia 17, najniższą + 6·0° C. dnia 27.

Średnia prężności pary wynosiła 12·33 mm., wilgotności powietrza względnej 71·2 prc., zachmurzenia nieba 5·95.

Dni z opadem w ogóle mieliśmy 13, między tymi z gradem 1, z burzą 4, ze mgłą dni 23.

Suma opadu w miesiącu wynosiła 70·1 mm., największy opad 16·7 mm., przypada na 2 dzień miesiąca.

Wiatry wiały następujące: N_{14}, NE_{2}, E_{2}, SE_{10}. S_{11}, SW_{17}, W_{25}, NW_{5}. Cisze 7.

Chorobliwość ogólna.

Niepomyślny stan zdrowia w mieście, trwający od stycznia b. r., zaczyna się zmieniać na lepsze. Chorobliwość się zmniejsza, a za nią także i śmiertelność. Choroby przyrządów oddechowych zmniejszają się natomiast zdarzają się coraz częściej zaburzenia ostre przewodu pokarmowego (nieżyty ostre żołądka i jelit) z powodu pojawiania się częstszego jarzyn (ogórków) i owoców, bądź jeszcze niedostatecznie dojrzałych, bądź też gnijących. Zwiększono więc nadzór sanitarny i targowy nad sprzedażą jarzyn i owoców i w razie napotkania szkodliwych zdrowiu konfiskowano i niszczono wielką ilość tak jarzyn jak i owoców.

Nagminnie panująca odra zmniejsza się znacznie, tak, że jest nadzieja jej wygaśnięcia. Dur brzuszny także się zmniejszył, jakoteż i ospa, natomiast czerwonka zwiększa się ciągle, choć nie występuje tak licznie, jak w tym samym miesiącu lat ubiegłych. Inne choroby zakaźne pojawiają się tu i ówdzie, lecz tylko sporadycznie, nie przybierając charakteru epidemicznego.

Lekarze miejscy leczyli w lipcu 1.284 chorych, a z tych odesłali do szpitali powszechnych 60.

We fizykacie zgłoszono chorych z odrą 80 (w czerwcu zgłoszono 450), z ospą 20, zdyfteryją i dławcem 16, z krztuścem (kokluszem) 4, z płonicą 12, z czerwonką 74, z durem brzusznym 30, z durem plamistym 2 (obcy), z gorączką połogową 1.

Wykaz chorób nagminnych podług poszczególnych okręgów sanitarnych:

	Okręgi sanitarne							obcy	razem	Uwaga
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.			
Odra . . .	19	17	6	6	12	6	8	6	80	
Ospa . . .	4	2	2	4	—	3	3	2	20	
Dyft i dławiec	3	—	—	—	1	7	1	4	16	
Koklusz . .	4	-	-	—	—	—	—	—	4	
Płonica . .	2	2	4		—	—	2	2	12	
Czerwonka .	16	13	3	8	7	14	7	6	74	
Dur brzuszny	1	5	4	1	3	5	5	6	30	
Dur plamisty	—	—	—	—	—	—	—	2	2	
Gorączka poł.	—	—	—	—	—	—	—	1	1	

Na wszystkie choroby zakaźne (wyjąwszy dur brzuszny, dur plamisty i gorączkę połogową) chorowały w przeważnej części dzieci. Na ospę zaś przeważnie dzieci nieszczepione lub starsze osoby szczepione już dawno.

Najwięcej chorych na choroby zakaźne występuje w okręgach I, VI i II, tj. w okręgach stosunkowo najludniejszych i zamieszkałych przez ludność ubogą, gdzie więc nędza i niechlujstwo pogarszają stosunki sanitarne i usiłowania usunięcia takowych znacznie utrudniają, potem idzie najwięcej chorych obcych w szpitalach powszechnych, a potem okręgi sanitarne VII, V, III i IV, znajdujące się w lepszych warunkach zdrowotnych.

Środki ochronne przepisane ustawami i rozporządzeniami przeprowadzano w każdym przypadku choroby zakaźnej.

Szczepienie ochronne od ospy w lipcu odbywało się raźniej, jak w czerwcu i maju, to też zaszczepiono z urzędu przez samych lekarzy miejskich osób 711. Zauważyć jednak należy, że przy przeprowadzaniu tak szczepienia ochronnego z konieczności, jakoteż desinfekcyi etc., napotyka się nietylko na opieszałość stron, w których własnym interesie te czynności się przeprowadza, lecz nawet na pewną niechęć i opór. i to nietylko u ludności ubogiej i ograniczonej, ale nawet i u t. z. intelligencyi.

Śmiertelność:

Ogółem zmarło 382 osób. z tych 121 w szpitalach a 251 w domach. Na 1,000 mieszkańców i rok umarło 36·96, po odtrąceniu zaś obcych 28·2, a więc, jak widać, śmiertelność w lipcu się nieco zmniejsza.

Według rodzaju chorób umarło: z braku sił żywotnych 11, wskutek osby 11, płonicy 5, odry 12, drgawek 16, dławca 9, błonicy (dyfteryi) 7, wodogłowia 3, zapalenia mózgu 15, udaru 6, zapalenia przewodu oddechowego 44, nieżytu płuc i oskrzeli 3, gruźlicy 76, durzycy 3, nieżytu żołądka 40, zapalenia kiszek 6, czerwonki 15, choleryny 2, choroby Brighta 4, zapalenia nerek 2, puchliny 2, raka 17, kiły 2, zgorzeliny 1, ropnicy 1, wady serca 7, rozedmy płuc 7, uwiądu schyłkowego 15, śmierci gwałtownej 6. wskutek innych wreszcie, nie objętych wykazem niniejszym chorób, 31 osób.

Nagłej gwałtownej śmierci było w lipcu przypadków 6, wszystkie samobójcze, a mianowicie 5 przez postrzał, a 1 przez otrucie kwasem karbolowym.

Nadto załatwiano ze strony fizykatu wiele komisyj sanitarnych, dokonywano rewizyj jatek i t. p., prócz zwykłych czynności z urzędowania wynikających.

Lwów dnia 22. sierpnia 1890. *Dr. Pawlikowski.*

UWAGI

odnoszące się do niektórych opatrunków nowej farmakopei austryjackiej

podał

M. L. DOBROWOLSKI
Mag. farm. w Krakowie

W komitecie redakcyjnym lekowzoru rakuskiego zasiadały osobistości z reputacyją „światłych“; mimo to nie obeszło się bez usterek, które stołecznym płanetom naszym ujmują wiele światłości. Braki te a poniekąd istne błędy nowej farmakopei wykazał już Redaktor „Czasopisma Tow. Apt.“W. Jabłonowski; pominął on jednak nadprogramowy dodatek tego dzieła, obejmujący zestawienie opatrunków antyseptycznych, które znajdować się mają w każdej aptece publicznej.

Tak n. p. nie dadzą się usprawiedliwić określenia nadane wacie odtłuszczonej: *inländische* i *ausländische*; jest to bowiem jakoby kruczek dla rezydencyjonalnych aptek, stosujących w każdym razie ceny wyższe. Otóż i przy wydawaniu waty cenę obliczać się będzie zawsze za *ausländische*, gdyż ta jest droższą, a pochodzenie wydanej waty nie da się z niej wyczytać. Zresztą w Europie nie zbierają bawełny; każda przeto wata jest zagraniczną, tak odpowie, no i słusznie, aptekarz wiedeński.

Gdyby sumienni znawcy cytowali odmiany waty, byliby podali: 1) watę odtłuszczoną długowłóknistą (*langfaserig*) i 2) watę odtłuszczoną krótkowłóknistą (*kurzfaserig*). Wata długowłóknista jest z tego powodu lepszą, że tworzy płatki mocne i długie, co jest osobliwie widocznem przy zamoczeniu takiej waty w jakimś wodnym rozczynie; wygląda ona wtedy jak skubanka długa, a watą taką można śmiało wycierać ranę. Wata krótkowłóknista rozpada się łatwo, przylega do rany a przy odejmowaniu strzępi się; jako tampon nie da się nawet zwilżona zastósować, chyba zawinięta w mul odtłuszczony, Własności obydwu tych odmian waty rozróżni każdy lekarz praktyczny, opatrujący sam rany chorych.

Wata długowłóknista przyrządzona z bawełny długiej i przędzionej, jest z tej przyczyny o wiele droższą od krótkowłóknistej, prze-

rabianej z odpadków bawełny, pozostających przy tkaniu materyj bawełnianych.

Dzisiejsza konkurencyja za dewizę postawiła sobie taniość i z tej przyczyny wprowadziła w handel przeważnie watę krótkowłóknistą, po cenie 1 zł. 30 ct. przy mniejszych ilościach, a 1 zł. 20 ct. przy 50 kilogramach za 1 kilogram. Waty długowłóknistej żadna uczciwa firma nie może dać niżej 1 zł. 50 ct. za kilogram lub niżej 70 zl. za wór 50 kilogramowy.

Tę ostatnią odmianę waty należy liczyć według cen podanych przy *ausländische*, natomiast ceny waty zwanej *inländische*, stósować wypada dla waty krótkowłóknistej.

Koniec końcem, dobroć waty nie zależy od miejsca, lecz od gatunku użytej bawełny, czyli, że wata szwajcarska długowłóknista nie jest lepszą od takiej samej holenderskiej, saskiej lub czeskiej, gdyż wszystkie prawie waty znajdujące się w handlu są: *chemisch rein und hydrophil.*

Drugim wielkim nonsensem między opatrunkami jest katgut karbolizowany, ponieważ w oliwie nawet w obec karbolu wytwarzają się po pewnym czasie bakteryje i katgut nie jest aseptycznym. Stwierdzono to przez ścisłe dochodzenia bakteryjologiczne i żaden postępowy operator nie szyje katgutem karbolizowanym. Dlaczegóż nie umieszczono natomiast aseptycznego katgutu sublimatowego lub chromowego?

Aczkolwiek wosk oblekający jedwab karbolizowany przeszkadza ulotnieniu się karbolu, to jednak zdaje mi się, że przechowanie jedwabiu surowego, dającego się w potrzebie zesterylizować, byłoby o wiele odpowiedniejsze.

Tak samo możnaby przechować katgut surowy, a w potrzebie według wskazówki operatora zesterylizować.

Dreny również lepiej przechować w stanie suchym a w konieczności zakarbolizować, gdyż dreny trzymane dłuższy czas w roztworze sterylizowanym karbolu, rozmiękają aż nie do użycia.

(*Czasopismo Tow. aptek. Nr. 11 i 12. 1890*).

SPRAWOZDANIA.

Medycyna wewnętrzna.

GERHARDT. **Beitrag zur Geschichte der Rheumatoiderkrankungen.**

Autor omawia 227 przypadków zwyczajnych zapaleń stawów, 18 po rzeżączce powstałych, 23 po płonicy, wreszcie po jednym po

dyfteryi i czerwonce. Doświadczenia w klinice w Charité wykonane, są zgodne po największej części z dawniej już znanemi. Ostre zapalenie stawów w $^2/_3$ częściach przypadków rozpoczyna się na kończynie dolnej, w $^1/_3$ w stawach stopy. Antypiryn i kwas salicylowy w $^2/_3$ częściach mają zupełne dodatnie działanie, w $^1/_6$ niezupełne, a w $^1/_6$ wcale nie działają.

Reumatyzm po płonicy zazwyczaj zajmował stawy górnych kończyn, a przetwory salicylowe dobrze działały. W zapal niach po rzeżączce zazwyczaj staw kolanowy bywał zajęty. Autor przytacza przypadek, w którym przyczynowy związek z rzeżączką skonstatowano za pomocą drobnowidu, bo znaleziono w moczu małą ilość nitek tryprowych z gonokokami w 10 dni później rzeczywiście wystąpiła rzeżączka.

Autor rozróżnia cztery typy zapaleń stawów po rzeżączce:

1). Zapalenie obydwóch stawów kolanowych bez podwyższenia ciepłoty; zwykłe środki przeciwgorączkowe nie działają.

2). Przyostre uporczywe zapalenie wielu stawów. Rozpoczyna się zazwyczaj ostro wraz z potami, typ gorączki niejednolity, później gorączka wraca do normy, albo okazuje rzadkie exacerbacyje. Przebieg długotrwający sprowadza zgrubienie stawów i schudnienie mięśni. Nierzadko w takich razach następuje wyleczenie po przecięciu zwężenia cewki (strictura).

3). Zajęcie jednego stawu najczęściej w postaci zropienia.

Wreszcie:

4). Zapalenie stawów pod względem przebiegu zupełnie podobne do zwykłego, tem jednak różniące się, że we wysiękach znachodzimy koki.

Dr. Bett.

O dyjetetycznem leczeniu choroby Brighta chronicznej.

Schreiber stara się odpowiedzieć na zapytanie. o ile wskazanem jest podawanie potraw zawierających wielką ilość białka lub też wykluczenie tegoż w przebiegu choroby przewłocznej nerek. Wiadomą jest rzeczą, że Senator, a szczególnie Semmola, byli za usunięciem białka. Otóż doświadczenia Schreibera nie zgadzają się z danemi Senatora i Semmoli, owszem wykazuje on, że wyłączne potrawy białkowate gotowane, ani u zdrowych ani u chorych nie wywołały białkomoczu. U chorych Brightyków niekiedy nawet pod wpływem tej dyjety białkomocz się zmniejszał. Jako dowód przytacza autor dwie prace z kliniki Leydena, w których wykazuje, że dyjeta mleczna, zalecana przez Semmolę nie wpływa wcale na ilość białka w moczu.

Ponieważ choroba Brighta konsumuje żywotne siły człowieka, przeto nie należy baczyć na to, aby ubytek białka wynagrodzić, ale nadto, aby siły utrzymać w ogóle. należy więc każdy przypadek indywidualizować i do każdorazowego położenia się zastosować.

(*Berlin. klin. Wochenschrift. 1889. Nr. 23*). *Dr, Bett.*

Znaczenie krwotoków jelitowych w przebiegu duru brzusznego.

J. A. Lindsay omawia rozmaite zapatrywania autorów na krwotoki jelitowe w przebiegu duru brzusznego i przytacza dwa przypadki, w których krwotoki sprowadziły pogorszenie objawów chorobowych. Według autora rokowanie staje się tem gorsze, im później krwotoki występują. Co się tyczy leczenia, to olejek terpentynowy dobrze działa, palmę pierwszeństwa jednak dzierży zawsze makowiec i to w dużych dawkach. *Dr. Bett.*

Th. J. Mays. **Tein jako środek kojący.** (*Journ. of nerv. and. ment. disease, 1889, styczeń; Cent. f. klin. Med. Nr. 25. r. b.*).

Tein (z fabryki Mercka) sprowadza miejscowe znieczulenie. Podskórnie stosowany piecze z początku, znieczulając następnie otoczenie miejsca, w które tein wstrzyknięto. Na ośrodki nerwowe nie działa. Dotykając się językiem teinu sprowadzamy micjscową anestezyję. Dawka skuteczna wynosi 0·012—0·03 grm, t. j. $^1/_3$ część strzykawki rozczynu: Theini, Natr. benz, aa 1 grm., Natri chlorati 0·05 Aq. dest. 10·0 Korzystne wyniki otrzymał autor w przypadkach uporczywych bolów mięśniowych, międzyżebrowych, ramieniowych, kolanowych (Ischias) itp. *Dr. Pisek.*

Worms. **Przebieg powolny cukrzycy, rokowanie i leczenie.** (*Bullet de l'acad de med. 1889. Nr. 19*).

41 przypadków cukrzycy obserwowanych długie lata, służyły autorowi jako materyjał do nader zajmującej pracy. Ciekawych odsyłamy do oryginału, tu podajemy szczegóły terapeutyczne:

Filarem całego leczenia jest stósowna dyjeta (Bouchardat'a). Po niejakim czasie pozwala się chorym na pokarmy skrobiowe, ciągle jednak kontrolując mocz. Saccharynę autor zarzuca, gdyż psuje trawienie [1]).

[1]) Z własnego doświadczenia przekonaliśmy się, że u diabetyków saccharyna trawienia wcale nie upośledza. Podobnie brzmią wyniki doświadczeń z kliniki prof. Korczyńskiego, ogłoszone przez prof. Jaworskiego i Dra Rosenzweiga. *Przyp. sprawozdawcy.*

Wewnętrznie podaje 0·2—0·3 grm. chinin. sulf. pro die. Autor uważa chinin za tonicum, nic zaś jako środek swoisty.

Dr. Pisek.

Atrophia musculorum progressiva w kończynach dolnych.

Dr. Juliusz Donath z Budapesztu przytacza przypadek z własnej praktyki, gdzie zanik mięśni rozpoczął się w kończynach dolnych i to w odnodze prawej.

Ani obciążenie dziedziczne, ani lues nie wchodzą w grę w tym przypadku.

Cierpienie rozpoczęło się przed 2-ma laty i poczynając od palców posuwało się ku górze. Przy badaniu zapomocą elektryczności wykazano częściową reakcyję zwyrodnienia. Czy przyczyna chorobowa w samych mięśniach się znachodzi, czy też w wielkich ośrodkach, trudno rozstrzygnąć; skłania się jednak autor do rozpoznania. że tłem jest schorzenie wielkich ośrodków nerwowych. Leczenie polega na użyciu elektryczności.

(*Wien, med. Presse Nr. 38, 1889*). *Dr. B.*

Resorcyn przeciw wymiotom.

Podczas gdy resorcyn w stanie nieczystym *de regula* wywołuje zrywanie na wymioty, jest przeciwnie wedle Andeera (Cnt. f. d. med. Wissensch. 1889) chemicznie czysty resorcyn najpewniejszem antivomicum we wszelkich możliwych rodzajach wymiotów z rozmaitej przyczyny, nawet we wymiotach spowodowanych morzyskiem z kamyków żółciowych, nerkowych i podczas czyszczenia miesięcznego, a nadto w vomitus perniciosus gravidarum, wreszcie w chorobie morskiej, we wymiotach z niestrawności i z nadużycia wyskoku etc. Najlepiej w takich razach zalecają podawać resorcyn w formie pigułek, aż do 0·5 i 3·0 pro die lub w roztworze.

(*Therap. Monatshefte. 1890*). *Dr. Ashkenazy.*

Laurent. **Przerost bolesny sutek u mężczyzny.**

L. opisuje przypadek o tyle różny od tak zw. „Gynécomastie", że ta ostatnia występuje tylko w czasie pokwitania i łączy się zawsze z zanikiem części płciowych. W przypadku tym, mężczyzna 35 letni, pijak nałogowy, w pełnym rozwoju męzkości tak pod względem anatomicznym jak i czynnościowym, poczuł nagle bolesność w obu sutkach, które w ciągu 3 miesięcy obrzękły do wielkości sutek 15-letniej dziewczyny; gruczoły także odpowiednio się zwiększyły, lecz ze sutek nie wytryskała żadna ciecz. Po zimnych okładach, zwiększających

w pewnym tylko stopniu bolesność i wielkość obrzęku sutek, chory ten opuścił szpital.

(*Gaz méd. de Paris. 1888. N. 29.*) *Dr. Dobiński.*

REUNFURT. **Leczenie dyfteryi za pomocą kwaśnego rozczynu sublimatu.** (*Berl. klin.. Wochn. 1889, Nr. 34*).

Rozczyn, który podał był Laplace, t. j. sublimatu 1, kwasu winowego (Weinsteinsäure) 5, wody 1.000, stosował autor w 62 przypadkach wybitnej dyfteryi. Rozczyn powyższy wnika głęboko w utkanie, nie sprowadzając krzepnięcia białka. Autor wyciera szczypczykami chorobowo zajęte miejsca watą, zamaczaną w powyższym płynie, a już w kilka godzin później, każdym razem znika gorączka.

Obawy otrucia sublimatem nie ma, gdyż najwyżej 0·005 sublimatu dostaje się do gardła i w przeważnej części bywa wypluwany, względnie zwymiotowany. *Dr. Pisek.*

Prof. Dr. BAMBERGER. **Zmiany w kościach długich przy rozstrzeni oskrzeli płucnych.**

Bamberger zwraca uwagę na bolesne zgrubienia nasady kości, które występują u ludzi z rozstrzenią oskrzelową. Sekcyja w jednym przypadku wykazała zgrubienie kory i zgęstnienie tkanki kostnej gąbczastej (spongiosa) w nasadzie kostnej. Zmianę tę tłómaczy B. w ten sposób, że z wydzieliny oskrzeli przechodzą w ustrój istoty, które podobnie działają na kości, jak arszenik, fosfor, pył z perłowej masy i t. p.

(*Wiener klin. Wochenschrift 11. 1889*). *Dr. Bett*

Chirurgija.

PHINEAS S. CONNER (Cincinnati). **Chirurgiczne leczenie guzów pęcherza**

Jakkolwiek już w 1639 roku Covillard wykonał cięcie boczne pęcherza, celem wydobycia rozpoznanego guza z pęcherza, a i podczas kateteryzowania wydobyto przypadkowo nieraz guz z pęcherza lub znaleziono go po wykonaniu litototomii, to dopiero w r. 1874 Billroth i Volkmann przedsiębrali operacyję tę na nowo, a ogólne rozpowszechnienie zawdzięcza ona pracom Henry Thompsona, ogłoszonym w latach 1882 i 1883.

Guzy pęcherza przyrody złośliwej, leczone nie chirurgicznie, prowadzą do nieochybnej śmierci i to w krótkim przeciągu czasu:

guzy dobrotliwe zaś po dłuższym upływie czasu i jedynie operacyją jesteśmy wstanie usunąć tak jedne jak i drugie doszczętnie.

Od roku 1874—1888 leczono 176 przypadków (nie wliczając 15 Thompsona) na drodze operacyjnej, a mianowicie 124 mężczyzn i 52 kobiet; śmiertelność tych przypadków wynosiła 22·7%; 26·6% śmiertelności przypada na mężczyzn, a 14·46% na kobiety. W tych 40 tu przypadkach śmierci, nastąpiła takowa 13 razy po upływie 30-tu i więcej dni po operacyi, nie nastąpiła więc w następstwie operacyi samej; jedynie w 23 przypadkach zejście nastąpiło bezpośrednio w następstwie operacyi samej, a to przeważnie z przyczyny wyczerpania sił chorych i w następstwie złego stanu ich przed i po operacyi. W więcej jak $^3/_4$ tych przypadków nastąpiło albo trwałe wyleczenie albo na stosunkowo długi przeciąg czasu. W wielu przypadkach powrót choroby nastąpił w miejscach odległych od pierwotnego ogniska choroby. Chirurgiczne leczenie jest zatem usprawiedliwione jedynie w przypadkach lekkich, w których stan ogólny i małe rozgałęzienie nowotworu na to pozwalają; przeciwnie, operacyja jest przeciwwskazaną przy znacznem rozszerzeniu nowotworu i osłabieniu chorego. U kobiet nowotwór da się zazwyczaj usunąć przez cewkę po poprzedniem jej rozszerzeniu; największą ilość przypadków w ten sposób operowano, rzadko uciekano się do kolpocystotomii lub cięcia nadłonowego.

Porażenie cewki moczowej po takim zabiegu jest chwilowem i ustpuje po pewnym upływie czasu. Z liczby 52 przypadków operowanych u kobiet przed r. 1889, w 33 dosięgnięto obrzęk przez cewkę; w 8 wykonano kolpocystotomiję lub cięcie nadłonowe.

U mężczyzn zawsze otwierano pęcherz; 61 razy cięciem przez międzykrocze, 51 razy cięciem nadłonowem, w 8 przypadkach wykonano oba cięcia naraz. Procent śmiertelności przy obu sposobach operowania nie różnił się wiele, (28·3 przy cięciu przez międzykrocze, 29·4 przy cięciu nadłonowem). Cięcie powinno zależeć od przypadku; do rozpoznania wystarcza cięcie przez międzykrocze, tylko w wyjątkowych przypadkach nie da się na tej drodze nowotwór dosięgnąć. Cięciem nadłonowem jednak nietylko eksploracyja palcem jest łatwiejsza, ale nadto miejsce zajęte da się dokładnie oświecić i nowotwór, a w danym razie przerosły gruczoł krokowy pod kontrolą wzroku wyłuszczyć. Krwawienie da się zatamować przez podwiązanie lub za pomocą termokautera.

W każdym razie, przy obecnym stanie antyseptyki, powinno się zawsze stosować cięcie nadłonowe; nieznacznie większy procent śmiertelności przy zastósowaniu tego sposobu dotąd, należy odnieść do większej rozległości nowotwórców. Jak postąpić wypada w razie zajęcia okolicy moczowodów, jest kwestyją przysłości, Doświadczenia

na zwierzętach wykazały, że takowe dadzą się wszyć w *rectum*, cewkę moczową i ranę skórną. Autor przychodzi do wniosków następujących:

1. Guz pęcherza da się wyleczyć tylko na drodze operacyjnej.
2. Operacyję należy wykonywać tylko w lekkich przypadkach.
3. Jako postępowanie typowe u mężczyzn, należy uważać cięcie nadłonowe
4. Wyłuszczenie powinno być możliwie doszczętne. Autor zestawia wreszcie w 2 tablicach wszystkie znane przypadki wyłuszczenia guzów pęcherza u mężczyzn i u kobiet, z podaniem sposobu operowania, wyników i źródeł.

(Annals of Surgery, Vol. XII. Nr. 1, July, 1890). Dr. Bracz.

Ballance. (Londyn). **Operations for septic Thrombosis of the ateral Sinus consecutive to aural disease.** (*Operacyje przedsiębrane z przyczyny zakrzepu septycznego zatoki poprzecznej w następstwie chorób usznych*).

Autor opisuje 4 przypadki, w których przedsiębrał operacyje wobec objawów mózgowych przy zakrzepie zatoki żylnej poprzecznej w następstwie długotrwałego ropienia z ucha. W 2-gim z tych przypadków odniesiono z operacyi dobry skutek.

Przypadek 1-szy dotyczył 21-letniego mężczyzny dotkniętego ropotokiem z ucha przez 15 lat; wkrótce przed przyjęciem do szpitala ropotok ustał wśród bólu w uchu i głowie, zawrotów głowy a później dreszczów i wymiotów. Obrzęku za uchem i bolesności nie zauważano, ani też nie było *neuritis optica*. Objawy były podobne do tyfusowych, jedynie ciepłota nie pozwalała na to rozpoznanie, przedstawiała bowiem nagle wzniesienia i spadki. Przy trepanacyi wyrostka sutkowego znaleziono w głębi kość obumarłą, pokrytą zieloną cuchnącą ropą, którą napotkano również w ścianach zatoki poprzecznej i wzdłuż części skalistej kości skroniowej. Kość chorą usunięto i podwiązano natychmiast żyłę szyjną wewnętrzną, przecinając ją pomiędzy podwiązkami. Wynik operacyi był bardzo korzystnym i w 36 godzin po operacyi chory był wesół, a ciepłota i tętno były prawidłowe. W kilka dni potem wystąpiły objawy zakrzepu płucnego i bolesność stawu skokowego. Po tygodniu pojawił się ropień w pośladku i prawie równocześnie wydzieliły się z rany na czaszce zropiałe resztki zatoki poprzecznej Celem przeszkodzenia dalszym powikłaniom septycznym, przestrzykał B. zatokę poprzeczną sublimatem (przez obwodowy koniec żyły szyjnej wewnętrznej), przyczem wydobyła się z zatoki spora ilość ropy. Chory szybko wyzdrowiał.

W 2-gim podobnym przypadku, dotyczącym 18-letniego mężczyzny, postąpił B. w ten sam sposób, jednak chory umarł wśród objawów zakrzepu płucnego, z powodu zapóźnego wykonania operacyi.

W 3-cim przypadku, dotyczącym 14 letniej dziewczyny z polipem w uchu, wśród dreszczów, majaczenia i przy chronicznem ropieniu, wykonał również podobną operacyję. Gdy jednakże skrzep sięgał aż do żyły szyjnej wewnętrznej, musiano ją podwiązać poniżej miejsca, gdzie się zwykle podwięzuje, i tu przestrzykano przez obwodową część podwiązanej żyły zatokę poprzeczną. Chora miała się początkowo dobrze, zmarła jednak nagle wskutek ropienia w krtani.

Czwarty przypadek dotyczył 24-letniej kobiety, z podobnymi zupełnie do powyższych objawami; wykonano tę samą operacyję, a chora wyzdrowiała, pomimo objawów nieznacznych zakrzepów płucnych i w zakresie narządu trawienia. Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze i jest zwolennikiem wczesnej trepanacyi, połączonej z równoczesnem podwiązaniem żyły szyjnej wewnętrznej. Jako wskazówki do rozpoznania zakrzepu w *sinus transversus* posłużyć nam mogą następujące punkta: 1) długotrwały ropotok z ucha; 2) nagłe wystąpienie objawów mózgowych; 3) znaczne nagle wahanie ciepłoty; 4) powtarzanie się dreszczów i wymiotów; 5) *neuritis optica* i inne objawy mózgowe, i 6) bolesność i obrzęk okolicy wyrostka sutkowego, połączone ze sztywnością karku

(Brit. med. Journ. April 5. 1890). *Barącz.*

P. Bruns. (Tybinga) **Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre.**

Znajomość fizykalnego działania postrzałów jest dla chirurga niesłychanie ważną; ona jedynie pozwala mu ocenić dostatecznie zranienia w czasie wojny i poucza go o jego przyszłem działaniu. B. robił nadzwyczaj pouczające doświadczenia z bronią małego kalibru, (Mausera), wprowadzoną niedawno do armii belgijskiej. Broń ma kaliber 7·65 mm., 4 podłużne spiralne rowki (t. zw. cugi) w rurze o szerokości 4 mm. i głębokości 0·079 mm.; długość skrętu (Dralllänge) wynosi 250 mm. Nabój z płaszczem mosiężnym jest długi 78 mm. i waży 26·2 grm. Pocisk składa się z jądra (z miękkiego ołowiu) i płaszcza z aliażu miedzianego; jest on 30 mm. długi, waży 14·2 grm. i jest kalibru 8 mm.; ładunek stanowi 3 grm. prochu bezdymnego; chyżość początkowa pocisku wynosi 605 m. Do pracy dołączył autor 7 fotograficznych tablic, okazujących działanie tych nabojów na płyty żelazne, drzewo bukowe i kości.

Wyniki, do jakich na podstawie badań doszedł B., są następujące: Siła przebijania *(Durchschlagskraft)* tych nabojów, jest nadzwy

czaj wielką, dzięki małej średnicy i dzięki płaszczowi nabój otaczającemu. Pociski przenikają ciało zawsze na wylot, a chyżość końcowa ich wynosi jeszcze 200 m. na odległości 1.500 kroków. Kula przechodzi na wylot przez 5 szeregów, napotykając nawet na drodze najtwardsze kości. Na odległość 400 m. przenika 3—4 szeregi, na od- 800—1200 m. jeszcze 2—3, przechodząc nawet i w tej odległości na wylot. Postrzały z pobliża nie robią tak znacznych spustoszeń, jak z dawnych nabojów. i części miękkie nie bywają tak znacznie nadwerężane. Odszczepy w diafizach trzymają się zazwyczaj okostnej. Mniejsze spustoszenia wywołują postrzały z dali (od 400—1200—1500 metrów). Miejsce wejścia kuli w skórze jest mniejsze od średnicy naboju. W kościach płaskich i gębczastych, a osobliwie w końcach stawowych kości długich, wywołują postrzały cewkowate kanały, nie nadwerężając ciągłości kości (Lochschüsse). Fissury i odszczepy są rzadsze przy większych odległościach. Także na diafizach i kościach czaszki pojawiają się przy większych odległościach t. z. kanały postrzałowe. Co do częstości zranień naczyń, to z doświadczeń B r u n s a nie można wysnuć wniosków. Nie podlega jednak wątpliwości, że wobec gładkości i długości pocisku, uszkodzenia naczyń muszą występować daleko rzadziej, aniżeli przy dawnych eksplodujących i rozpłaszczających się pociskach. Bardzo ważną okoliczność stanowi fakt, że płaszcze stalowe, względnie niklowe, tylko przy postrzałach z pobliża na najtwardsze kości doznają uszkodzenia. Wprowadzenie podłużnych pocisków małego kalibru, o płaszczach z twardego metalu, stanowi zdaniem Brunsa wielki postęp pod względem humanitarnych usiłowań, a b r o ń t a k ą n a l e ż y u w a ż a ć z a l u d z k ą.

(Bruns' Beitr. zur klin. Chirurg. VI. Band, S. 1—72, 1890 [1]*).*

Barącz.

Claudyus Mastin (Mobile). **On lumbar hernia.**

Autor opisuje przypadek przepukliny lędźwiowej, obserwowany u 6 letniego chłopca; przepuklinę lędźwiową rozpoznał u niego w wieku 2 miesięcy. Używania ciągłego peloty podtrzymującej pomimo polecenia zaniechano, przez co przepuklina wzrosła do znacznych rozmiarów (9 cali w średnicy). Wnioskując z dotyku, treść przepukliny stanowiło jelito grube zstępujące i znaczna część jelita cienkiego. Co do sieci, to trudno było rozstrzygnąć, czy i ona również wypadła Wewnętrzny brzeg bramy przepuklinowej znajdował się około wyro-

[1]) Porównaj pracę B o g d a n i k a: „B r o ń p a l n a M a n n l i c h e r o w s k a a p r z y s z ł a w o j n a": *Przegląd lek. 1890, Nr. 28 i następne.*
Sprawozdawca.

stków poprzecznych kręgów lędźwiowych; mięśnie: *quadratus lumborum* i *latissimus dorsi* były zanikłe, zewnętrzny brzeg stanowił mięsień ukośny brzucha i dolny grzebień kości biodrowej. Prócz tej przepukliny miał chory i przepuklinę pachwinową. Przypadki podobne są rzadkie i przepuklina ma powstawać w tak zwanym przez anatomów trójkącie Petita[1]), jako najsłabszem miejscu ścian brzusznych Anatomiczne stosunki są tego rodzaju, że uwięzgnięcie nie powinno tu nigdy następować. W liczbie 33 przypadków zebranych przez autora, tylko w 3 nastąpiło uwięzgnięcie; w 2 wykonano operacyję z jednem wyzdrowieniem i jednem zejściem śmiertelnem. W jednym przypadku wykonano operacyję doszczętną Jakkolwiek powinno się wydawać, że przepuklina taka zawsze występuje w trójkącie Petita, to jednak w wielu przypadkach wystąpiła takowa i w innem miejscu, albo też trójkąta Petita wcale wykazać nie można było, jak w przypadku Hutchinsona i autora. Tylko w przypadku H. wykonano sekcyję; tu przepuklina wystąpiła powyżej trójkąta Petita, na zewnątrz od mięśnia czworobocznego lędźwiowego, pomiędzy mięśniami: *transversus a latissimus dorsi*.

Jakkolwiek Petit pierwszy miał opisać przepuklinę lędźwiową, to przecież po przejrzeniu literatury okazuje się, że już Barbetta w r. 1650, Garengot w r. 1731 i Raverton w r. 1750 wspominali o podobnych przepuklinach. W 27 przypadkach przepuklinę tę obserwowano u dorosłych osób, w 6 zaś u dzieci, (z tych 3 wrodzone); 17 razy u mężczyzn, 14 u kobiet; 20 razy po lewej stronie, 10 razy prawej, raz obustronnie, w 2 przypadkach nie wspomniano strony; w 7 przypadkach wystąpiła przepuklina po ropniu tej okolicy w następstwie próchnienia kręgów; raz obserwowano przepuklinę tę u osoby starszej w następstwie przebytych porodów; a 11 razy uraz był bezpośrednim powodem przepukliny.

Autor omawia dokładnie rozpoznanie różniczkowe, przy którem szczególnie zwrócić należy uwagę na możliwość ropnia opadowego w tem miejscu lub hydronefrozy i wspomina o przypadku Dolbeau, w którym (biorąc przepuklinę za ropień) nadcięto kiszkę i spowodowano przetokę kałową lędźwiową.

Leczenie należy ograniczyć do zastósowania odpowiedniej peloty. Piękne illustracyje uzmysławiają przypadek; pracę zakończa autor zestawieniem pokrótce 33 znanych przypadków i podaniem dokładnem odnośnej literatury.

(*Annals of Surgery, Juli 1890. Vol XII, Nr. 1, S. 20—32*).

Dr. Barącz.

[1]) Trójkąt utworzony przez grzebień kości biodrowej, brzeg mięśnia ukośnego zewnętrznego brzucha i mięsień najdłuższy grzbietu.

A. Routier. **Cancer du rectum; resection du cancer; conservation du sphincter** [1])

Autor poleca gorąco resekcyję odbytnicy przy wysoko usadowionym raku odbytnicy za pomocą metody krzyżowej, podanej przez Kraskego.

W obec wysoko usadowionego raka odbytnicy, polecono tylną rectotomię lub założenie sztucznego odbytu w okolicy lędźwiowej (Callisac, Amussat) lub pachwinowej (Littre); metody te są jednak palliatywne i nie usuwają choroby, a natomiast narażają chorego na niedogodności sztucznej rzyci. Przez resekcyję sposobem Kraskego ocala się mięsień zwieracz rzyci i usuwa doszczętnie ognisko chorobowe.

Że raka odbytnicy przez operacyję usunąć można na dłuższy przeciąg czasu, wykazuje statystyka Hildebranda, asystenta Königa. Z 54 chorych operowanych z przyczyny raka rzyci różnemi metodami, podaje on 3 przypadki bez powrotu choroby; w jednym nastąpił powrót po 5 latach, w jednym po 4 latach; w 3 innych po 3 latach, w 18 po pół roku lub po 2, 3 i 4 latach.

W roku 1889 podał Koenig na kongresie chirurgów niemieckich jeszcze dokładniejszą statystykę i przyszedł do następnych wniosków:

Śmiertelność po operacyi raka odbytnicy zeszła w ostatnich latach do 10 na 100, podczas gdy dawniej wynosiła 24 na 100. Pomiędzy chorymi, którzy wyzdrowieli, w 10% przypadków nie przyszło do powrotu choroby po 3 latach, w 18% przypadków zaś po 2 latach.

Bardenheuer, zwolennik metody krzyżowej, który kilkakrotnie zranił na znaczniejszej przestrzeni pęcherz moczowy, ma 10% śmiertelności; przytacza on przypadki bez powrotu choroby po 6, 7 i 8 latach.

Statystyka Boerkela, (Strassburg), jest również zachęcającą; miał on przypadki bez powrotu choroby po 3, 4, 6 i 11 latach.

Chora autora, zgłosiła się do niego wrzekomo z powodu raka macicy. Badaniem przez pochwę i odbytnicę stwierdzono jednak raka odbytnicy w odległości 10 ctm. od otworu stolcowego. Wykonano resekcyję kiszki stolcowej sposobem Kraskego, przyczem otwarto i zeszyto następnie otrzewnę. Wraz z nowotworem wycięto kilka gruczołów naciekłych, znajdujących się w częściach bocznych i tylnych odbytnicy. Oba odcinki resekowane zeszyto dokładnie dwoma

---

[1]) Porównaj sprawozdanie z pracy Kraskego we „Wiadomościach lekarskich“ z r. 1887 i 1888. Rocznik II, Nr. 8, str. 244.

rzędami szwów. Kiszkę wytamponowano wysoko gazą jodoformową, gdy jednak po trzech dniach wystąpiły objawy zatrucia jodoformem, zmieniono gazę jodoformową na gazę napojoną salolem. Po 6 dniach pierwsze parcie na stolec; stolec ułatwiano za pomocą lewatyw. Obecnie chora jest zdrową i może dobrowolnie oddawać stolec.

(*La Médicine moderne, 1890. Nr. 4*). *Dr. Barącz.*

Le Dentu. **De l'anus artificiel temporaire comme moyen indirect de traitement des lésions syphilitiques graves du rectum.**

Założenie sztucznego odbytu wobec zwężeń kiszki odchodowej na tle kiłowem, polecili Allingham, Bryant, Mason, Maunder i Heath. Hahn polecił zakładanie jej także w obec wysoko usadowionych uporczywych owrzodzeń kiłowych bez zwężeń.

Autor obserwował 34 letnią kobietę z bardzo uporczywemi owrzodzeniami kiszki odchodowej i poczynającem zwężeniem nieco powyżej otworu stolcowego. Przeciw zwężeniu zastosował z korzyścią rectotomiję tylną, jednak wynik zabiegu tego był tylko krótko trwałym, po 8 miesiącach chora zgłosiła się ponownie z rozległemi owrzodzeniami górnej części odbytnicy. Wtedy założył sztuczny odbyt w jelicie esowatem (S romanum) celem odwiedzenia kału od części chorych i celem możności działania środkami leczniczymi przez sztuczny i naturalny odbyt na części chorobowo zajęte, (wstrzykiwania rozczynu borowego). Stan ogólny chorej poprawił się znacznie, a owrzodzenia w odbytnicy zmniejszyły się.

Po 6 miesiącach jednak wypadła część jelita znaczniejszej rozległości przez sztuczny odbyt i dlatego musiał ją autor usunąć, (rozerwanie zrostów, wycięcie i zeszycie szwem Lemberta otworu w jelicie, a nareszcie zeszycie powłok brzusznych), pomimo że owrzodzenia w odbytnicy jeszcze się nie wygoiły. Później poddała się chora laparotomii, którą wykonał Picqué (celem wycięcia przyrosłej trąbki, uciskającej i zwężającej odbytnicę), jednakowoż bez skutku, gdyż dawne bóle pojawiły się na nowo. Na początku roku 1889 zgłosiła się chora do autora ponownie z dwoma zwężeniami, (jednem w dawnem miejscu i jednem nowem ale wysoko położonem), i z owrzodzeniami niezgojonemi. Stan chorej polepszyło wprowadzanie codzienne dilatatorów macicznych Hegara aż do Nru 10 i wstrzykiwania rozczynu kwasu borowego. Podczas tego wystąpiły kilaki na kościach goleniowych; przez podawanie znacznych dawek jodu poprawiono stan ogólny i miejscowy, który jednak jeszcze wiele pozostawia do życzenia; autor ma zamiar w razie wystąpienia silniejszego zaparcia, bolów i charłactwa, ponownie założyć sztuczny odbyt.

Autor obserwował w tym przypadku znaczne polepszenie po kolotomii i zastósowaniu wstrzykiwań leczniczych przez sztuczny odbyt do części chorych odbytnicy i poleca to postępowanie w podobnych przypadkach, ale możliwie wcześnie, przed wystąpienie charłactwa. Sztuczny odbyt należy tak długo utrzymywać, jak długo owrzodzenia nie są wygojone.

(*La Medicine moderne. 1890. Nr. 11*). *Dr. Barącz.*

Wassermann (Heidelberg). **Ueber die Extirpation des Larynx.**

Autor postawił sobie za zadanie, zebranie znanych przypadków wyłuszczenia krtani, ażeby na podstawie dat statystycznych przyjść do pewnych wniosków względem uprawnienia tej operacyi. Praca zyskuje tembardziej na wartości, ponieważ autor postarał się o stwierdzenie ostatecznych wyników dawniej operowanych przypadków, przyczem uwzględnia nietylko przypadki wyłuszczenia krtani z powodu raka, ale także i z powodu innych nowotworów. Z pracy tej podajemy tylko ważniejsze dane.

Przy 140 wyłuszczeniach krtani wykonano 79 razy zapobiegawczą tracheotomiję, 8 razy równocześnie z wykonaniem wyłuszczenia. W 32 przypadkach brak bliższych szczegółów, 12 razy nie wykonano trachentomii zapobiegawczej.

60% chorych zmarło w pierwszych 2 miesiącach po wykonaniu operacyi, w przypadkach operowanych przed rokiem 1881, 35% zaś w przypadkach operowanych później. Z powodu raka krtani wykonano 121 całkowitych a 55 częściowych wyłuszczeń; z powodu innych spraw chorobowych wykonano 19 całkowitych, a 24 częściowych wyłuszczeń krtani. W liczbie 176 przypadków raka krtaniowego, w 28 rozchodziło się o płeć żeńską. Najwięcej przypadków przypadało na 50, 60 i 70-letnich chorych.

W 38 przypadkach wystąpił rak po stronie lewej, w 56 po prawej stronie krtani, 8 razy na tylnej ścianie albo w ścianie przełyku. W 79 przypadkach brakło odnośnych danych.

Z liczby 121 chorych, u których wyłuszczono krtań całkowicie z powodu raka, w 8=6·61% nastąpiło trwałe wyleczenie; z liczby 55 chorych z wyłuszczeniem częściowem, wyleczono trwale 2 przypadki = 5·45%; z liczby chorych, u których wyłuszczono całkowicie krtań z powodu innych spraw chorobowych, wyleczono trwale 2=10·52%; z liczby chorych z częściowem wyłuszczeniem z powodu innych spraw chorobowych, wyleczono 5ciu chorych = 20·83%. Autor przychodzi na podstawie zabranych danych do następujących wniosków:

We wszystkich przypadkach wątpliwych, należy zawsze rozpocząć leczenie przeciwkiłowe i badać plwociny na laseczniki gruźlicze. Prócz tego należy endolaryngealnie wyłuszczyć kawałek obrzęku celem zbadania drobnowidowego. Przy zrobieniu rozpoznania na nowotwór złośliwy, należy próbować wyłuszczenia doszczętnego drogą endolaryngealną, skoro zaś się okaże niemożebność doszczętnego wyłuszczenia tą drogą, należy wykonać laryngofissurę z częściowem lub całkowitem wyłuszczeniem, zależnie od rozległości nowotworu. Wyleczenie trwale może nastąpić tylko po wczesnem wyłuszczeniu. Nowotwory złośliwe krtani, pozostawione leczeniu wyczekującemu, prowadzą do nieohybnej śmierci.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Tom. 39, 1889, Str. 474*).

Dr. Barącz.

E. Rollet. (Lyon). **De la main en crochet chez les verriers.**

Przypadek obserwowany w klinice Prof. Ponceta, zachęcił autora do zbadania dokładniejszego tego ciekawego cierpienia i do wyszukania 10 przypadków u innych hutników, pracujących w hutach szkła. Hutnicy francuscy znają to cierpienie pod nazwą „*main fermée*". Pojawia się ono u hutników wyrabiających flaszki a zmuszonych przez 8 godzin dziennie trzymać w ręce 1 metr długą, ciężką rurę ołowianą, służącą do wydymania szkła.

Cierpienie to przedstawia się w 2 stopniach:

W 1 okresie choroby, napotykanym często u robotników starszych, występuje zgięcie pod kątem prostym drugiego członka palca małego i podobna kontraktura występuje na palcu IV, a w mniejszym stopniu i na średnim; palec wskazujący i wielki bywają wolne. Kontraktura jest trwałą; mięśnie nie zanikają początkowo i nie występują subluksacyje.

Na lewej ręce cierpienie bywa więcej wydatnem, aniżeli na prawej.

W 2 okresie choroby objawy są wydatniejsze, cierpienie zajmuje palec IV. i środkowy. Palce bywają bardziej zgięte i dotykają dłoni. Skóra bywa sklerotyczną, mięśnie międzykostne (M. M. interossei) zanikają. palce stają się cieńszemi, a członki końcowe stają się płaskimi; nadto występują na 3 ostatnich palcach subluksacyje. Palec wielki znajduje się zazwyczaj w hyperekstensyi i występują na nim również subluksacyje.

Cierpienie występuje także i u młodszych hutników, którzy z tego powodu uwalniani bywają od służby wojskowej.

Leczenie jest możliwem tylko w świeżych przypadkach; chorzy muszą naturalnie zaniechać zajęcia zawodowego. Powodem cierpie-

nia jest trwałe zgięcie palców podczas trzymania rur; do powstania cierpienia przyczyniać się musi i wysoka ciepłota tychże rur. Następstwa takiego zajęcia uwydatniają się najpierw w skórze, która twardnieje i przerasta, a następnie w ścięgnach, które się kurczą. Cierpienie jest podobnem do kontraktury *Dupuytrena*.

Prognoza jest korzystną tylko w świeżych przypadkach, a leczenie polega na forsownem wyprostowaniu w narkozie; krwawych za biegów autor nie próbował.

(*Revue de Chirurgie 1889. Nr. IX. str. 353*).

Dr. Barącz.

D. Nasse (Berlin). **Die Sarcome der langen Extremitäten-Knochen.**

Praca ta polega na zestawienia 46 mięsaków, obserwowanych od r. 1882 w klinice Bergmanna na 6 długich kościach ciała: udowej, łydkowej, piszczelowej, ramieniowej, łokciowej i sprychowej. W 20 przypadkach rozchodziło się o mięsaka szpiku kostnego (myelogen), w 20 przypadkach o mięsaka, który wyszedł z okostnej; w 4 przypadkach (nieoperowanych) punkt wyjścia mięsaka był niewiadomym.

Z pomiędzy przypadków centralnych mięsaków, w 6 nastąpiło złamanie kości; tylko w jednym przypadku wystąpiło złamanie nagle, bez poprzednich dolegliwości. Historyje chorób są zestawione w oryginale tabelarycznie.

(*Archiv. f. klin. Chir. Tom. 39, St. 886. 1889*).

Dr. Bärącz.

Benckiser. (Karlsruhe). **Ueber sterilisirtes Catgut u. sterilisirte Schwämme.**

Catgut można poddać „sterylizacyi" dokładnej, skoro surowy przetwór, rozdzielony na odpowiednie do potrzeby nitki i zawinięty w kopertę listową, wystawimy w piecu do sterylizowania (celem wyschnięcia) na 130—140° C. przez $1^1/_2$—2 godzin. Zrazu twardy catgut, mięknieje po zwilżeniu go. Tak samo można bez szkody i gąbki wystawić na działanie gorąca 130—140° C., należy je jednak zupełnie suche umieścić w aparacie sterylizacyjnym.

(*Centr. Bl. f. Gynaekol. XIII. 31. 1889*).

Dr. Ashkenazy.

Nowe leki. Drobiazgi terapeutyczne i przepisy lekarskie (recepty).

Antyseptyczne barwiki anilinowe czyli t. zw. „Pyoktaniny“.

Zdaje się, mówi profesor Artur Meyer[1]), że dla barwików anilinowych, używanych dotychczas w celach prawie wyłącznie zbytkowych, nowa nastaje era, w której i w innym kierunku służyć one mają ludzkości, mianowicie chronić ją od drobniuchnych wprawdzie, lecz najgroźniejszych wrogów człowieka t. j. bakteryj.

Pod nazwą bowiem pyoktaninów, a to Pyoktaninum caeruleum i P. aureum, rozsyła E. Merck z polecenia doktorów J. Stillinga i J. Wortmanna (w Strasburgu) dwa gatunki barwików anilininowych (fijolet metylowy i auraminę) jako najnowsze środki antyseptyczne. Opierając się na znanem zjawisku, że chorobotwórcze drobnoustroje, jak n. p. koki ropne, prątki cholery i t. p. chciwie wsiąkają barwiki aniliowe, a barwiąc się, jednocześnie obumierają, zbadali pp. Stilling i Wortmann siłę bakteryjogubną barwików anilinowych, przyczem okazało się, iż działają one silnie antyseptycznie, nawet w rozczynach bardzo rozcieńczonych.

Najenergiczniej zabijają bakteryje niektóre gatunki t. zw. fijoletów metylowych, dalej barwik zwany fijoletem etylowym, a wreszcie pewna odmiana auraminy. Z przetworów tych usunięto od zastosowania barwiki zanieczyszczone, lub same przez się trujące; natomiast zgodzono się na pozostawienie do celów antyseptyki wyłącznie pewien gatunek fijoletu metylowego, jakoteż jednę odmianę zdrowiu wcale nieszkodliwej auraminy. Wybrany barwik metylowy nie szkodził wcale królikom, którym nietylko podawano go w ilości 1 grama lub rozczynem 1 : 1000 podskórne stósowano injekcyje, lecz nawet do płuc go wstrzykiwano. Ale barwik ten, który tak nieszkodliwym okazał się dla ustroju zwierzęcego, już w rozcieńczeniu 1 : 30.000 powstrzymuje rozwój bakteryj gnilnych. Kawałek mięsa wołowego wytrawiany przez 24 godzin z wodą o 25° C., przechodzi w zgniliznę cuchnącą; mięso zaś pozostawione w rozczynie 1 : 1.000 wspomnianego barwika, okazało się wolne od bakteryj nawet po upływie 6 dni, choc aż utrzymywano je w tej samej ciepłocie. Penicillum wcale nie rozrasta się w rozczynie = 1 : 3.000 fijoletu metylowego, do którego dodano cukru i mięsnego ekstraktu.

Szczególnie energicznie zabija wspomniany barwik anilinowy bakteryje ropne, które już w rozczynie tego fijoletu = 1 : 64.000 obumierają. Dlatego to zdaniem Prof. Meyera, środek ten słusznie

[1]) Berl, „Apotheker Ztg.“ — 1890, str. 224.

zasługuje na nazwę *Pyoktaninum*, jako istotny gubiciel ropnych bakteryj Przekonano się bowiem stanowczo, że wrzody i rany ropiejące szybko goją się po zastosowaniu rozczynu fijoletu metylowego. Nawet w chorobach oczu, których przyczyną były bakteryje, otrzymywał prof. Stilling nader zadawalniające wyniki.

Nie można nawet wątpić, tak mówi prof. Meyer, iż te bezwonne a zdrowiu nieszkodliwe barwiki wielką odegrają rolę w antyseptyce. Chociaż bowiem barwiąca ich siła stanie kiedykolwiek na przeszkodzie wszechstronnemu zastosowaniu, to jednak tę samę siłę barwiącą korzystnie wyzyskać można w tych przypadkach, w których chcemy się przekonać, ażali wszędzie, gdzie tego potrzeba dosięgło użyte antisepticum.

Nie jest to rzeczą niemożliwą, ale raczej pożądaną, tak kończy prof. Meyer, ażeby fijoletowe waty i gazy wyrugowały z użycia dzisiejsze sublimatowe opatrunki, jak niemniej, ażeby fijoletowy rozczyn jak najrychlej rozpowszechnił się w praktyce chirurgicznej i położniczej, a nawet ścieśnił nieco zbyteczne czasem stosownie fenolu.

Rozsyłane przez E Mercka antyseptyczne *Pyoktaniny*, stoją pod kontrolą profesora Stillinga i Dra Wortmanna, a przezorność ta konieczną jest w obec rozmaitej jakości handlowych barwików anilinowych.

(*Czasopismo Tow. aptek. Nr. 9 i 10. 1890*).

Salicylan antypirynu.

W końcu 1888 r. prof. Pietro Spica zwrócił uwagę, iż mięszanina antypirynu i salicylanu sodu, na otwartem powietrzu rozpływa się. Fakt ten zauważył przypadkowo student Dalla Favera. Sp. po przeprowadzeniu kilku prób przekonał się, że zależy to od przyciągania przez mięszaninę par wodnych z atmosfery i w ten sposób otrzymał nowy przetwór farmaceutyczny — salicylan antypirynu.

Sposób otrzymywania tego przetworu autor podaje następujący: 100·0*g* antypirynu rozpuszcza się w dużej ilości wody destylowanej roztwór ten zagrzewa się do zawrzenia i dodaje małemi ilościami kwasu salicylowego 73·4*g*. Jeżeli ilość wody użytej jest dostateczną, przy zagotowaniu otrzymuje się roztwór przeźroczysty; w przeciwnym zaś razie, na dnie naczynia otrzymuje się żołtawy, oleisty płyn nowego związku. W obydwóch razach, jeżeli płyn powoli się chłodzi, to z początku przyjmuje on mleczny wygląd a następnie wykrystalizowywa sól w postaci maleńkich łusek lub skośnych tabliczek, grupujących się w druzę. Kryształy posiadają wzór C_{11} H_{12} N_2 OC_7 G_6 O_3 pojedyncze są bezbarwne i przeźroczyste, w masie zaś białe. Trudno rozpuszczają się w wodzie zimnej 0·4 prc. przy 11° C, łatwiej w ciepłej 4·4 prc przy

100°, C. i w dwusiarku węgla, lecz łatwo w wyskoku, eterze, chloroformie i benzynie. Roztwory posiadają słabo kwaśny odczyn, smak z początku słodki, następnie gorzkawy. Przy 89—90° C. topią się, przy wyższej temperaturze ulegają rozkładowi. Z chlorkiem żelaza dają fijoletowe zabarwienie, podobnie jak z kwasem salicylowym; z kwasem azotowym — zielonawe jak antypiryn. Działanie fizyjologiczne tego związku bada obecnie prof. Chirone.

(*La Terapia moderna, marzec, Wiad. farmaceut. Nr. 11. 1890*).

Desinfektol.

Pod tą nazwą wprowadzono w ostatnich czasach do handlu przetwór o znacznej sile desinfekcyjnej. Według H. Mayer'a jest to oleista, czarno brunatna ciecz, podobna do kreoliny, lecz o słabszym niż ostatnia zapachu, mająca cięż. wł. 1.086 przy 15° C. Jako istotne i czynne składniki desinfektol zawiera: mydła żywiczne, związki sodowe fenolów i węglowodory. Mydła i fenolaty są tu w osobliwy sposób rozpuszczone w węglowodorach. Odczyn jest alkaliczny. W celu stosowania desinfektolu przyrządza się ze stężonej oleistej cieczy emulsyja z wodą, zawierająca 2—7'5 prc. desinfektolu. Otrzymuje się w ten sposób ciecz mlecznej konsystencyi. Trujący kwas karbolowy, według Mayer'a, nie jest w desinfektolu zawarty i nie posiada on żadnych gryzących własności. Porównawcze próby Beselina w Rostocku wykazały, że 5 prc. emulsyja desinfektolu co najmniej pod względem desinfekcyjnym jest równoważną 12·5 prc. kreolinie, 33 prc. kwasowi solnemu, 5 prc. kwasowi karbolowemu i 2 prc. roztworowi sublimatu. Zaś 10 prc. emulsyja desinfektolu przewyższa w działaniu swem na rzadkie masy kałowe, wszystkie inne środki desinfekcyjne i zbliża się najzupełniej do 50°/₀-wego kwasu siarczanego. Desinfektol został podobno także pomyślnie stosowany przez prof. Gies'a i dra Rothego, jako środek antyseptyczny w praktyce chirurgicznej.

(*Pharm. Post. i Wiad. farmaceut. N. 11. 1890*).

KRONIKA.

VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wiadomo, że na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie uchwalono, aby zjazd następny odbył się w roku 1891 w Krakowie, a wybrano prof. Rostafińskiego i Rydygiera przewodniczącymi wydziału gospodarczego. Z uwagi, że przygotowania do zjazdu wymagają dużo czasu i zachodu, wspomnieni profesorowie rozpoczęli czyn-

ności od utworzenia wydziału gospodarczego, który już odbył 2 posiedzenia, a po ukonstytuowaniu się i wybraniu sekretarzem profesora Szajnochy, a skarbnikiem docenta Zarewicza, uchwalił na posiedzeniu odbytem dnia 15. czerwca b. r. co następuje:

1. Przyszły zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w miesiącu lipcu 1891 r.

2. Uczestnicy mają na miesiąc przed rozpoczęciem się zjazdu przedłożyć treść zamierzonych **wykładów** w tej formie, aby bez zmiany w dzienniku zjazdu mogła być pomieszczoną. Odczytywanie prac nie będzie dopuszczone na zjeździe.

3. Przedłożone będą na zjeździe pod rozprawy pewne ogólniejsze kwestyje, podane przez właściwe sekcyje, a przedstawione przez referentów z góry oznaczyć się mających.

Na posiedzeniu odbytem d. 22. bm. wydział gospodarczy uchwalił, że zjazd składać się będzie z 14 sekcyj, dla których zarazem wyznaczył tymczasowych przewodniczących, których zadaniem będzie utworzyć tymczasowe sekcyje z członków miejscowych, aby one w porozumieniu się z członkami zamiejscowymi przedłożyły kwestyje ogólniejsze, mające być dyskutowane na zjeździe.

Sekcyje te będą następujące:

1. Sekcyja medycyny teoretycznej (fizyjologija, histologija, anatomija, patologija) Przewodniczący: prof. Cybulski.
2. Higijeny i medycyny sądowej, prof. Blumenstok.
3. Antropologii, prof. Kopernicki.
4. Medycyny wewnętrznej, prof. Korczyński.
5. Chirurgiczna, prof. Rydygier.
6. Ginekologiczna, prof. Madurowicz.
7. Okulistyczna, prof. Rydel.
8. Farmakologii i farmacyi, prof. Łazarski.
9. Weterynaryi, doc. Walentowicz.
10. Fizyko-matematyczna, prof. Witkowski.
11. Chemiczna, prof. Olszewski.
12. Mineralogii, Geologii i Geografii, prof. Szajnocha.
13. Zoologii i anatomii porównawczej, prof. Wierzejski.
14 Botaniczna, prof. Rostafiński.

Wydział gospodarczy uprasza wszystkie pisma polskie o powtórzenie tego zawiadomienia.

Sprawozdanie sanitarne z Austryi za r. 1887, ogłoszone przez centralną komisyję statystyczną wykazuje, że liczba szpitali wzrosła o 11 zakładów, ale zarazem wzmogła się liczba chorych o 6001, t. j. o 2 prc. więcej, niż w r. 1886. Z chorych 67 prc. opuściło szpital uzdrowionych, 16·1 prc z polepszonem zdrowiem, 5·8 prc. wypuszczono jako nieuleczalnych, zaś 11·1 prc. umarło.

Z całej liczby szpitali 52 należało do stowarzyszeń duchownych, które w swej statystyce wykazują 32 334 chorych.

Z główniejszych chorób najpierw wymienić trzeba kiłę (syfilis) z liczbą aż 24.522 i gruźlicę 17.790; procent jednakże zmarłych na syfilis wynosi 0·34 prc., podczas gdy na suchoty zmarła trzecia część wszystkich chorych w szpitalach umieszczonych.

W 23 publicznych i 6 prywatnych zakładach dla obłąkanych, wykazuje statystyka z r. 1887 chorych umysłowo 13.441, w stosunku do r. 1886 liczba ich wzrosła o 6·2 prc. Z tej liczby 9·3 prc. wypaszczono jako uleczonych, 15·4 prc. nieuleczalnych zaś 11·7 prc. umarło. Nieumieszczonych w szpitalach obłąkanych obliczono na 20.739.

Co się tyczy ogólnej śmiertelności, to ta zmniejszyła się nieco. Że zaś w całem państwie liczba przeciętna zmarłych wynosiła jeszcze 3.155 na 100.000 mieszkańców, pochodzi to z tąd, że śmiertelność w Galicyi i na Bukowinie była nadzwyczaj znaczną.

Przechodząc do poszczególnych chorób, widzimy, że na 100.000 mieszkańców liczba chorych z ospą wynosi 44, z tyfusem 67 ze szkarlatyną 72, z kokluszem 99, z krupem i dyfteryją 162. Te dwie ostatnie choroby pochłonęły najwięcej ofiar, a zwłaszcza w Galicyi, Szląsku, Gorycyi, najmniej zaś w Tyrolu, Vorarlbergu, Karyntyi, Górnej i dolnej Austryi. Koklusz grasował mocno w Galicyi, Krainie i Szląsku, ospa w Tryjeście i Dalmacyi; 147 wypadków śmierci było z cholera nostras. Śmiertelność z gruźlicy wynosiła 389 na 100.000 mieszkańców, z chorób zapalnych narządów oddechowych 309, ze starości 292, z kataru kiszkowego 141, z udaru mózgowego 73, z raka 50. Z wodowstrętu zmarło w Austryi 49 osób.

Warunki konkursów na posady lekarskie są niekiedy dosyć dziwne. Jako przykład przytaczamy, że w jednym konkursie nie dawno ogłaszanym, celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy szpitalu powszechnym, żądano wykazania się poświadczeniem, że lekarz własnoręcznie wykonuje operacyje chirurgiczne. Zkąd lekarz takie poświadczenie ma otrzymać, nie wiemy; chyba od pacyjenta, na którym własnoręcznie wykonał operacyję. Zresztą do posady owej, przywiązaną jest roczna płaca 300 zł.; czyż z tej skromnej aż nadto płacy mógłby lekarz opłacać operatora, który by za niego wykonywał operacyje chirurgiczne?!!!

Kalendarzyk kąpielowy na sezon roku 1890 (od 13 maja do 15 września) pojawił. się we Lwowie. Wydawnictwo to podjęte przez Dra Dubanowicza (Pawła Sasa) roku zeszłego, a kontynuowane w r. b., odznacza się ładną formą zewnętrzną i zawiera liczne wskazówki dla leczących się wodami mineralnemi — tak dla pijących wody, jak i dla kąpiących się; dalej przepisy dyjetetyczne i wzór dzienniczka kuracyi, oraz część kalendarzową na czas sezonu kąpielowego. Gdyby autor i wydawca kalendarzyka poprzestał na umieszczeniu wymienionych części kalendarzyka i na skorowidzu zdrojowisk i uzdrowisk krajowych i dodał jeszcze do tego, kiedy i którędy do miejsc kąpielowych jedzie się koleją, pocztą i t. p., a wreszcie umieścił inseraty, przysłużyłby się zupełnie publiczności leczącej się wodami mineralnemi. Po co jednakże dodał a względnie zdradził „dyskretne tajemnice toalety“ w tym kalendarzyku, z których n. p Nru 2go najlepszej pomady dla wzmocnienia porostu włosów nie radzilibyśmy próbować tym, którzy mają słaby porost włosów, tego nie wiemy, po co dalej umieścił „wskazówki i rady lekarskie do jakich kąpiel w poszczególnych słsbościach udać się należy?“, nie umiemy sobie wytłumaczyć. W każdym razie tegoroczny kalendarz co do treści i układu lepszy jest od zeszłorocznego, a spodziewać się chcemy, że w przyszłym roku, jeżeli wyjdzie, będzie znowu postęp na lepsze.

Papierki synapizmowe „Austria“ à la Rigollot, wyrabiane we fabryce dysseldorfskiej Jana Lebensztejna w Krakowie, są, jak to wykazuje praca Dra L. Traxlera, znacznie lepsze od takiegoż wyrobu papierków syna-

pizmowych Rigollota w Paryżu, a więc nietylko ze względów patryjotycznych i obywatelskich, ale także ze względów utylitarnych i praktycznych powinniśmy zalecać chorym papierki synapizmowe „Austria“, gdyż są faktycznie lepsze od papierków Rigollota; papierki „Austria“ zawierają bowiem i mączki gorczycznej i olejku gorczycznego więcej, jak papierki Rigollota. Ciekawych odsyłamy do pracy Dra L. Traxlera p. t.: „Werthbestimmung des Senfpapieres“, Pharmaceutische Post, 1890, Nr. 38, str. 751 i 752.

K. Rząca i Chmurski, (zakład fabr. wód mineralnych sztucznych i specyjalnych leczniczych w Krakowie), zawiadamiają nas, że wielostronne użalania się mieszkańców Lwowa na odległość jedynego składu wód przy ulicy Halickiej w aptece p J. Wiewiórskiego dla niektórych dzielnic, skłoniły właścicieli fabryki do porozumienia się z apteką Rukkera przy ul. Skarbkowskiej (róg Krakowskiej), i z apteką Krzyżanowskiego przy ul. Gródeckiej, które również wody lecznicze K. Rzący i Chmurskiego na skład przyjęły.

Apteka J. Wiewiórskiego we Lwowie ma wyłącznie na składzie przetwory mineralne ze zdrojowiska w Rymanowie (wodę i sól rymanowską).

Fridolin Krepler, wieloletni i zasłużony dyrektor zakładu kąpielowego w Trenczynie-Cieplicach na Węgrzech, otrzymał w uznaniu zasług około rozwoju tego zakładu kąpielowego krzyż kawalerski Franciszka Józefa.

Niezwykłej reklamy doczekał się antypiryn; proza zdaje się, już nie wystarcza, a więc głoszą jej rymowane hymny pochwalne. Oto próbka z licznych czasopism niemieckich:

Verlassen ist jetzt das Chinin, das theure,
Vergessen auch das schöne Kaïrin,
Man kennt nicht mehr des Salicyles Säure,
Das einzig Wahre ist Antipyrin.
So schnell fällt nicht von Bergen die Lavine,
So schnell nicht durchs Examen der Curssit,
Wie's Fieber fällt nach dem Antipyrine,
Man glaubst's ja gar nicht, wie gesund das ist.

Po polsku oddać by można ten wiersz mniej więcej w ten sposób:

W odstawkę poszedł chinin nazbyt drogi,
Żaden dziś lekarz nie tknie kairynu,
I salicylu przeminął czas błogi,
Wszyscy dziś łakną li antypirynu.
Ani tak szybko z gór spada lawina,
Ni przy popisie przeciętny kursista,
Jak szybko leczy li antypiryna,
Iż zwie to cudem każdy higijenista.

(Czasopismo Tow. aptek.)

Z Drukarni Ludowéj we Lwowie pod zarządem St. Baylego.